POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

Profesora Uniwersytetu Jagiell.

ZE WSPÓŁUDZIAŁEM PP.: DRA BABIŃSKIEGO W PARYŻU, R. C. DRA BAŁŁABANA, PROF. BEDNARSKIEGO, DRA GRUDERA, PROF. MACHEKA, PROF. SZULISŁAWSKIEGO WE LWOWIE, DRA LIEBERMANNA, PROF. K. W. MAJEWSKIEGO, PROF. PILTZA W KRAKOWIE, DRA KRAMSZTYKA, DRA SĘDZIAKA JANA W WARSZAWIE, DOC. DRA NOISZEWSKIEGO W DYNABURGU, DRA RUMSZEWICZA W KIJOWIE, PROF. DEYLA W PRADZE.

Listopad.	→ ROCZNIK DWUNASTY. ←	1910.

I. PRACE ORYGINALNE.

Punctum lacrymale quadruplex.

Podał

Prof. Dr KAZIMIERZ MAJEWSKI.

(Dokończenie).

Chora sama, z wyjątkiem jęczmion, innych cierpień ocznych, jakoteż żadnych zabiegów operacyjnych nie przypomina sobie. Co do możliwych chorób ocznych przebytych w dzieciństwie, co do pytania, czy się rodziła prawidłowo, najlepszych wskazówek mogłaby była udzielić żyjąca jeszcze matka chorej, gdyby nie to, że właśnie w tym czasie staruszka, wskutek świeżo przebytego udaru mózgowego, miała odjętą mowę i zamroczoną pamięć. Dopiero znacznie później doniosła mi chora listownie, że stan matki znacznie się poprawił i że mogła u niej zasięgnąć żądanych przeze mnie wyjaśnień. Oto ustęp z jej listu:

»Z czterech córek, jakie miała matka moja, pierwsza była wydobywana kleszczami, ja zaś rodziłam się prawidłowo.

Matka moja w czasie ciąży nie doznała żadnego upadku, ani też uderzenia.

Zmian żadnych na oczach moich po urodzeniu nie zauważono.

W dzieciństwie, mając lat cztery, byłam chora na oczy i leczoną byłam przez miejscowego lekarza, przecinania jednak powieki dolnej prawego oka matka moja nie przypomina sobie«.

Z tych danych okazuje się, że dla opisanej nieprawidłowości górnego odcinka dróg łzowych, nie możemy znaleźć żadnej przyczyny takiej, którąby ją przydzielała do rodzaju zmian za życia nabytych, a tem samem musimy uważać pomnożenie punktów łzowych za zmianę wrodzoną. Że wady tej nie zauważono u dziecka i że sama chora o niej do tej pory nic nie wiedziała, w tem nie ma nic dziwnego, ani nic wyjątkowego.

Jako wada rozwojowa, pomnożenie punktów łzowych do liczby czterech u jednej powieki, jest, jak się zdaje, czemś dotąd w literaturze okulistycznej nieznanem. Mimo skrzętnego poszukiwania, nie znalazłem nigdzie, ani w ulotnych pracach, ani w podręcznikach okulistyki żadnej wzmiaki nawet o trzech punktach łzowych, jako nieprawidłowości wrodzonej. Natomiast liczne stosunkowo są opisy podwójnych punktów łzowych, jakkolwiek i ta nieprawidłowość zdarza się rzadko. I tak Kleczkowski[1]) w swej pracy o zmianach rozwojowych górnych dróg łzowych, pisze, że w szeregu lat, na 120.000 chorych, którzy się przesunęli przez krakowską klinikę oczną, tylko w dwóch przypadkach zauważono zmiany wrodzone punktów i kanalików łzowych. Wprawdzie zmiany te bardzo jest łatwo przy badaniu przeoczyć, to jednak z drugiej strony przypadki spostrzeżone bywają z reguły ogłaszane, właśnie ze względu na swą rzadkość. Schoute[2]) do roku 1901 znalazł w piśmiennictwie

---

[1]) Dr Kleczkowski: »Dwa przypadki nieprawidłowości rozwojowych górnych dróg łzowych«. Post. okul. 1908. Z. 11.

[2]) Schoute: »Canalicule lacrymal surnumeraire«. Arch. d'Ophtalmologie. 1901. Nr VI.

zaledwie 22 takich spostrzeżeń, a Cosmettatos[1]) do roku 1906 naliczył ich 40. W ostatnich czasach przybyły jeszcze nowe spostrzeżenia podwójnych punktów łzowych. Ale i między tymi przypadkami nie wszystkie mogą być, ściśle biorąc, zaliczone do kategoryi rzeczywistych, nadliczbowych punktów łzowych. Zdarzają się wprawdzie dwa otwory, ale zwykle jeden z nich tylko jest prawidłowym punktem łzowym, położonym w miejscu zwyczajnem, drugi zaś otwór, często podłużny, gowaty znajduje się w przebiegu kanaliku łzowego i stanowi właściwie wrodzoną szczelinę tego kanaliku, nie posiadając ani budowy punktu łzowego, ani nie spełniając jego fizyologicznej czynności. Tak było w jednym z przypadków opisanych przez Kleczkowskiego, tak również było w przypadku świeżo opisanym przez Tooke'a[2]), który też o zmianie tej wyraża się jako o »tak zwanem« zdwojeniu punktów łzowych, (On *so-called* Doubling of the Puncta Lacrimalia). O istotnem zdwojeniu można tylko tam mówić, gdzie oprócz prawidłowego istnieje jeszcze drugi nadliczbowy punkt łzowy, który prowadzi bądźto do odrębnego kanaliku, bądźteż krótszem lub dłuższem ramieniem z głównym kanalikiem się łączy. Jedynie znamienne są takie przypadki, w których oba punkty łzowe są prawidłowo rozwinięte, a zwłaszcza posiadają tę okrężną, wyniosłą nieco obwódkę z włókien sprężystych, stanowiącą t. zw. brodaweczkę łzową (*papilla lacrymalis*). Takich spostrzeżeń znajdujemy w literaturze o wiele mniej, a i z tych niektóre odbiegają od powyższego typu jak np. spostrzeżenie Schoute'go[3]), gdzie nadliczbowy punkcik znajdował się w okolicy mięska łzowego i osobnym kanalikiem łączył się wprost z woreczkiem. Tu nasuwa się podejrzenie, że mamy do czynienia nie z nadliczbowym kanalikiem, a więc nie z prawdziwą wadą rozwojową, lecz może z wrodzoną

---

[1]) Cosmettatos: »Ueber einige angeborene Anomalien der Thraenenwege«. Arch. f. Augenheilk. T. LV. Z. 4. 1906.

[2]) Tooke: »On so-called Doubling of the Puncta Lacrimalia«. Ophthalmology, 1910. Vol. VI. Nr 3.

[3]) L. c.

przetoczką łzową, powstałą w następstwie wśródłonowo przebytej sprawy zapalnej ropnej.

Spostrzeżenie, gdzieby istniały aż cztery punkty łzowe, z których trzy opatrzone wyraźną brodaweczką, prowadzące czterema krótkiemi, na podobieństwo gęsiej stopy ułożonemi odnogami, do wspólnego przewodzika łzowego, musimy uważać za zupełnie wyjątkowe i jedyne w swoim rodzaju.

Przyjąwszy opisaną nieprawidłowość za wadę wrodzoną, wypada z kolei pokusić się o wytłumaczenie jej powstania. Wiadomo, że wszelka wada wrodzona może być, albo wynikiem zaburzenia embryonalnego rozwoju, a więc w ścisłem słowa tego znaczeniu wadą rozwojową, albo następstwem jakiejś sprawy patologicznej, najczęściej zapalnej. przebytej w łonie matki. Tę ostatnią możliwość, jużeśmy poprzednio w naszym przypadku stanowczo wyłączyli, bo sprawa zapalna, ropna mogłaby co najwyżej powytwarzać przetoki, otwory zaś w powiece u naszej chorej nie posiadają z przetokami żadnego podobieństwa, natomiast posiadają budowę i wejrzenie prawie typowych punktów łzowych. Pozostaje zatem jako jedynie prawdopodobne przypuszczenie, że mamy tu do czynienia z wadą rozwojową w ścisłem tego słowa znaczeniu.

Do poznania stosunków rozwoju embryonalnego dróg łzowych, przyczyniły się prace Erdla, Costego, Borna, Köllikera[1]), Ewetzky'ego[2]), Stanculeanu[3]), Matysa[4]), Monesiego[5]) i innych. Dzięki tym badaniom wiemy, że na dnie bruzdy nosołzowej, będącej zagłębieniem warstwy ektodermalnej, zaczyna się u płodów ludzkich z końcem 5-go a początkiem 6-go tygodnia życia płodowego, wy-

---

[1]) Kölliker: »Entwickelungsgeschichte des Menschen«. 1879. str. 700.

[2]) Ewetzky: »Zur Entwickelungsgeschichte des Thränennasenganges beim Menschen«. Arch. f. Opbtalmologie. T. XXXIV. Cz. I. 1888.

[3]) Stanculéanu: »Recherches sur le développement des voies lacrymales chez l'homme et chez les animaux«. Arch. d'Opht. 1900. nr 3.

[4]) Matys: Zeitschr. f. Aghk. 1905. str. 222.

[5]) Monesi: Kl. Monatsbl. f. Aghk. XLII. 1902.

twarzać przewód łzowy przez bujanie warstwy przybłonkowej. Wytwarza się zatem na dnie owej bruzdy i od dna tego następnie się oddziela lity sznur przybłonkowy, w którym po pewnym czasie, przez rozpływ i zanik w środku położonych komórek, powstaje światło, zrazu w postaci oddzielnych, nieregularnych luk i przestworów. Przestwory te zlewają się wreszcie ze sobą, wytwarzając światło w całej długości nosołzowego przewodu. Zbadaniem rozwoju embryonalnego samychże kanalików i punktów łzowych zajął się przed kilku laty Fleischer[1]). Jak się z jego badań i z prac innych, poprzednio wymienionych autorów dowiadujemy, kanaliki łzowe powstają z litych wypustek przybłonkowych, które wyrastają z górnego końca, wspomnianego wyżej, zawiązku przewodu nosołzowego. Jedna z nich dąży do górnej, druga do dolnej powieki. Analogicznie jak w głównym przewodzie łzowym i w nich powstają przestworki wytwarzające wreszcie światło na całej przestrzeni od worka łzowego do brodaweczek łzowych, na szczycie których kanaliki otwierają się punktem łzowym górnym i dolnym.

Na podstawie znajomości tych stosunków rozwojowych tłumaczymy sobie powstawanie nadliczbowych kanalików i punktów łzowych w ten sposób, że przyjmujemy bujanie nadliczbowych wypustek przybłonkowych, które się następnie »kanalizują« tak, jak kanaliki prawidłowe. Nawet w odległych miejscach np. ponad woreczkiem łzowym, otwierające się wrodzone przetoczki, uważane przez niektórych (Hippel[2]) za następstwo *dacryocystitis intrauterina*, brane są przez większość autorów (Vossius[3]), Elschnig[4]), Dalén[5]), Löh-

[1]) Fleischer: »Ueber Entwickelungsgeschichte der Thraenenkanälchen bei Säugetieren«. Arch. f. Ophtalm. T. LXII. Z 3. 1906.

[2]) Hippel: »Die Missbildungen des Auges«. Graefe-Saemisch. T. I. Z. 2. 1900.

[3]) Vossius: »Congenitale Affectionen der Thränenwege«. Beitr. zur Aghk. 1891.

[4]) Elschnig: »Angeborene Thränensackfistel«. Kl. Monatsbl. f. Aghk. 1907. 57.

[5]) Dalén: »Doppelseitige congenitale Thränensackfistel«. 1904.

lein[1]) za utwory odpowiadające nadliczbowym kanalikom łzowym i powstające z nietypowych wypustek głównej, noso-łzowej listewki przybłonkowej.

W naszym przypadku trudno przyjąć takie nadliczbowe wypustki wobec tego, że jak badanie wykazało, wszystkie cztery otworki uchodzą prawie bezpośrednio do rozszerzenia pojedynczego i w dalszym ciągu prawidłowego przewodzika łzowego. Tutaj wydaje mi się możliwem jedno tylko przypuszczenie: Lita wypustka przybłonkowa odpowiadająca dolnemu kanalikowi łzowemu wybujała zbytnio u swego końca powiekowego, przez co powstało w tem miejscu maczugowate zgrubienie. Gdy potem wypustka zaczęła się kanalizować przez rozpływ i zanik wewnętrznych komórek, w owem zgrubieniu końcowem powstały większe przestwory, które dały początek i temu rozszerzeniu światła w rodzaju niby jakiejś *fossa navicularis* i owym okienkom w jej górnej ściance w postaci czterech punktów łzowych. Przyjąć jeszcze trzeba, że między komórki przybłonkowe, zgrubiałej na końcu wypustki, musiało się dostać nieco tkanki łącznej, która dostarczyła składników na wytworzenie zrębu tych nieprawidłowych, anatomicznych wytworów.

Przyznaję, że tłumaczenie to bynajmniej nie wyczerpuje w całości genezy opisanej wady rozwojowej, bo nie sięga do pierwotnych przyczyn zaburzenia embryonalnego rozwoju. Sądzę jednak, że pod tym względem w dziedzinie teratologii nader często utykają hypotezy objaśniające, drobiazgowo nieraz mechanizm tworzenia się różnych wad rozwojowych, których pierwotny punkt wyjścia pozostaje mimo wszystko niedocieczoną zagadką.

---

[1]) Löhlein: Arch. f. Aghk. T. LXI. Z. 2 i 3. 1908.

W sprawie anisokoryi.

Przez

Z. BYCHOWSKIEGO,

ordynatora oddziału dla chronicznych chorych nerwowych
w szpitalu Przemienienia Pańskiego w Warszawie.

(Dokończenie).

Porównywując, jak zwykle, każde oko z ciemnią czyli z aparatem fotograficznym, można widzenie obydwoma oczyma porównać z aparatem, służącym do zdjęć stereoskopowych. W takich aparatach istnieje zwykle urządzenie, nadające diafragmom obydwóch objektywów jednakowe otwory (coś więc analogicznego z ośrodkiem konsensualnego oddziaływania źrenic), przy takich bowiem tylko warunkach otrzymuje się dobre zdjęcia. Jeżeli zaś usunąć aparat ten, nadający obydwom diafragmom jednakowe otwory, i dokonać zdjęć przy niejednakowych, dowolnie wybranych diafragmach, to wtedy otrzymujemy, jak Pp. widzą, klisze, na których połowa odpowiadająca objektywowi z większym otworem, jest więcej oświetlona, druga zaś mniej. (Zdjęcia były zrobione z pojedynczych przedmiotów, jak puszka, kałamarz, twarz itp.). Ma to w pewnej mierze odpowiadać temu, co się dzieje na obydwu siatkówkach przy nierówności źrenic. Jeżeli teraz z takiej kliszy zrobić pozytyw, to stosunek oczywiście będzie odwrotny, — więcej oświetlona połowa da obraz mniej intenzywny niż druga. W każdym razie różnica, jak Panowie widzą, jest wybitna, co szczególnie jeszcze uwydatnia się przy porównywaniu ze zdjęciami stereoskopowemi z tych samych przedmiotów, wykonanemi przy diafragmach o jednakowym otworze w obydwu objektywach. Idąc dalej w kierunku tej samej analogii, można znowu porównać proces, który ma miejsce od chwili, kiedy na obydwóch siatkówkach zjawiły się obrazy, aż do okresu, kiedy nastąpiła, że tak powiem, synteza tych dwóch reakcyi fotochemicznych w jeden obraz wzrokowy, z procesem rozpatrywania obrazów,

otrzymanych przez aparat fotograficzny stereoskopowy, zapomocą zwykłego stereoskopu. Szematycznie mamy w jednym i drugim przypadku dwa obrazy od jednego przedmiotu, które potem znowu łączą się i dają jedno wrażenie wzrokowe. Jest to oczywiście tylko analogia, nie mająca żadnych głębszych pretensyi. Ale w danym razie było ciekawe przekonać się, jakie wrażenie wzrokowe otrzyma się, jeżeli się będzie rozpatrywać przez stereoskop te zdjęcia, które zostały wykonane zapomocą aparatu o niejednakowych diafragmach. I tu, jak Pp. widzą, różnica jest wyraźna. Nie uprzedzeni z jakiemi zdjęciami stereoskopowemi mamy tu do czynienia i nie widząc ich bezpośrednio, Panowie sami, przeglądając wystawione tu stereoskopy, odrazu odróżniają zdjęcia, otrzymane zapomocą aparatów fotograficznych stereoskopowych o niejednakowych diafragmach, od zdjęć aparatami zwykłemi t. j. o diafragmach zupełnie jednakowych. Ostatnie są więcej wyraziste i pełniejsze od pierwszych. Żadnych wątpliwości pod tym względem i dla nieuprzedzonego niema.

Przenosząc to na zajmującą nas sprawę, można powiedzieć, że wrażenia wzrokowe, otrzymywane przy nierównych źrenicach, są prawdopodobnie mniej wyraźne niż te, które się otrzymuje przy źrenicach zupełnie równych, czyli, że widzenie zupełnie dobre wymaga równych źrenic*).

Przechodzę teraz do rozpatrywania wartości klinicznej N. Ź.

Oczywiście, niema tu potrzeby wymienić wszystkie cierpienia tęczówki i najbliższego jej otoczenia. Niema też potrzeby bliżej się zastanawiać nad N. Ź. tam, gdzie oczywista przyczyna leży w tych lub owych sprawach patologicznych,

*) Ze względów technicznych reprodukcyi wzmiankowanych zdjęć nie dołączam. Interesującemu się tą sprawą bliżej, chętnie je prześlę. Zresztą zachowując wszelką ostrożność co do z u p e ł n i e j e d n a k o w y c h warunków oświetlenia, wywoływania i kopiowania i mając stereoskopowy aparat fotograficzny, w którym można zmieniać dowolnie diafragmę w każdym okularze oddzielnie, można łatwo przekonać się o słuszności moich wywodów.

zachodzących w mózgowiu, zwłaszcza w jądrze jednego tylko nerwu okoruchowego, jak to widzimy przy przymiocie mózgu, rozmaitych *poliencephalitach* wyskokowego, grypowego pochodzenia itp. Należy tylko nadmienić, że przy wszystkich tych sprawach nie wszystkie gałązki nerwu okoruchowego są jednocześnie zajęte, że owszem bywają przypadki, gdzie zajęte jest tylko jądro *sphincteris iridis* i gdzie innych objawów ze strony nerwu okoruchowego jeszcze niema. Tak samo bywa i naodwrót, gdzie z początku bywa zajętych kilka gałązek nerwu okoruchowego i dopiero z biegiem czasu zostaje tylko *pareza* gałązki *resp.* jądra *sphincteris iridis* (Oppenheim). Przy wszystkich tych sprawach oryentowanie się jest zwykle dosyć łatwe, tembardziej, że N. Ź. towarzyszy prawie zawsze i upośledzone oddziaływanie na światło dotkniętej źrenicy.

Znacznie mniej uwzględniają zwykle te zmiany ze strony źrenic, które powstają wskutek rozmaitych spraw patologicznych w rdzeniu, nerwie sympatycznym i splocie barkowym. Przypomnieć tu należy, że centrum *ciliospinale*, mające bezpośredni wpływ na rozszerzanie źrenicy, znajduje się prawdopodobnie w okolicy pierwszego odcinka piersiowego. Z tej okolicy wychodzą włókna, rozszerzające źrenicę i razem z ostatnimi dwoma szyjowymi i dwoma górnymi piersiowymi korzonkami — przyjmują udział w tworzeniu się splotu barkowego (*pl. brachialis)* i przez t. zw. *rami communicantes* wchodzą w *ganglion thoracicum supremum n. sympathici*, a stąd znowu razem z przednią, obejmującą *art. subclaviam,* gałązką *ansae Vieusseni* idą wyżej do *ganglion cervicale supremum*. Nie tu zresztą miejsce na szczegółowy opis wszystkich rozgałęzień *n. sympat.* i jego połączeń z nerwami śródpiersia, zwłaszcza *n. vagus* i *pl. cervicalis.* Dosyć spojrzeć na odnośne tablice w atlasie Hirszfelda (powtórzone w podręczniku Raubera), aby nabrać pewnego pojęcia o tych wszystkich zawiłych stosunkach. Na szczególną uwagę zasługuje pętlica Vieussena, obejmująca *art. subclaviam*, która przy rozszerzeniu łuku *aorty* doznaje pewnych zmian w swym kierunku i wyglądzie (Faure. *Du soulèvement de l'artère sousclavière.* Arch. gen. de Med. 1874),

wskutek czego i sama pętlica podlega prawdopodobnie pewnemu naprężeniu. Bardzo ważne jest dalej połączenie *n. recurrentis* (prawy obejmuje *art. subclaviam*, lewy — łuk *aorty*) z *ganglion n. sympathici inf.*

Uprzytamniając sobie wszystkie te szczegóły topograficzne, można już *a priori* przewidzieć, że przy rozmaitych sprawach patologicznych, zachodzących w blizkości n. sympatycznego, splotu barkowego i szyjowego, gałązki rozszerzające źrenicę, są narażone bądź to na podrażnienie bądź to na zupełne zniszczenie. I tak przy syringomyelii, odbywającej się w części szyjowej, zwężenie źrenicy z odnośnej strony (wskutek zniszczenia *centr. ciliospinale*) jest stałym prawie objawem. Przy zbiorze objawów, noszącym nazwę *Dejerine-Klumpke* i powstającym wskutek ucisku na dolne szyjowe i górne piersiowe korzonki (przy nowotworach, powiększeniu gruczołów, ranach postrzałowych, zwichnięciach w stawie barkowym itp.) wraz z innymi objawami klinicznymi (porażenie i zaniki drobnych mięśni dłoni i niektórych zginaczy przedramienia, zaburzenia czucia na wewn. powierzchni przedramienia) bywa zmniejszona źrenica po odnośnej stronie. Oczywiście, że ucisk *resp.* uszkodzenie samego splotu barkowego mogą wywołać zmiany w rozmiarach odnośnej źrenicy. Zwłaszcza przy bliznach w wierzchołku płucnym *(phtisis fibrosa)* mogą być wrośnięte niektóre gałązki ze splotu szyjowego i dać N. Ż. Co się tyczy samego śródpiersia, to N. Ż. jest częstym objawem przy aneuryzmatach aorty, nowotworach gruczołów śródpiersia, nowotworach przełyku *).

Osobiście interesuję się N. Ż. od dość dawna, kiedy z odkryciem promieni Roentgena założyłem pracownię roentgenowską. Zajmowałem się wtedy dużo roentgenoskopią

---

*) »Ich sah constante Verengung der Pupille auf der linken Seite durch die Lahmung des Sympaticus (przy aneuryzmatach aorty)« — powiada Schrötter w »Erkrankungen der Gefässe« (w dużym podręczniku Nothnagla. str. 225). O N. Ż. przy nowotworach przełyku pisał specyalnie Hitzig z kliniki Eichhorsta.

klatki piersiowej i zastanowiło mnie, że często spotykałem N. Ź. przy aneuryzmatach aorty i innych cierpieniach śródpiersia. I właśnie ta okoliczność zwróciła moją uwagę na N. Ź., że tak powiem, pochodzenia obwodowego i nie mogę sobie od tego czasu przypomnieć przypadku N. Ź., dla któregobym nie mógł znaleźć wytłumaczenia albo w cierpieniu śródpiersia albo tych lub owych narządów szyi. Oczywiście przyczyny N. Ź. należy czasem długo szukać, bo może ona być zależna od jakiejś blizny na szyi po usunięciu gruczołów, o której istnieniu sam chory zapomniał, i która, np., jak to wiele razy widziałem, przykryta jest np. gęstą brodą. Prawdopodobnie znajdzie się czasami przypadek N. Ź., gdzie narazie nie można znaleźć przyczyny, ale przypadki te w każdym razie są tak nieliczne, że faktycznie przy ogólnem roztrząsaniu tej kwestyi nie powinne być wzięte w rachubę. Prawda, że niektóre »duże« statystyki mówią o znacznych odsetkach N. Ż. bez powodu, ale wszystkim tym imponującym swemi liczbami statystykom, zebranym przez rozmaite osoby przy rozmaitych warunkach oświetlenia i t. p.*) — wielkiej wartości przypisać nie należy, tembardziej, że przeważnie badane były tylko oczy bez uwzględnienia wszystkich wyżej wymienionych momentów. O ile zaś będzie przeprowadzone wszechstronne badanie, to ilość przypadków z prawidłową N. Ź zmniejszy się prawdopodobnie do minimum.

Jakiż jest ostateczny praktyczny wynik wszystkich tych uwag? Ma się rozumieć, że na zasadzie jedynie N. Ź. żadnego rozpoznania ani przepowiedni nie postawimy. Nie mniej jednakże należy trzymać się zasady, że każda N. Ź. spowodowana jest przez jakieś podrażnienie lub uszkodzenie dróg ośrodkowych lub obwodowych, normujących wielkość źrenicy i że w każdym takim przypadku należy starannie szukać

*) Tak np. wspomniany wyżej i cytowany, często prawdopodobnie nie z oryginału rosyjskiego, Iwanow (O normalnoj otnositelnoj szyrynie zraczkow u zdorowych ludej. Russkaja Medycyna 1887) badał tylko oczy 134 rekrutów, których a priori uważa za ludzi zupełnie zdrowych.

przyczyny N. Ź. Kryje się w tem przedewszystkiem cel czysto dydaktyczny. Jeżeli sobie z góry powiemy, że N. Ź. niema żadnego znaczenia patologicznego, to narażamy się na niebezpieczeństwo zupełnego lekceważenia tego objawu tam, gdzie jest on zapowiedzią *resp.* jednym z pierwszych objawów rozpoczynającego się poważnego cierpienia (dziedziczny i nabyty przymiot mózgu, bezwład postępowy). Rzecz zrozumiała, że wobec tego, że N. Ź. jest objawem, że tak powiem odrazu rzucającym się w oczy, to o ile uznamy go za bezwzględnie patognomoniczny, zmusi on nas do bardziej dokładnego badania (odczyn Wassermanna, badanie w kierunku *retinitis pigmentosa* itp.), co może przyczynić się do bardziej wczesnego rozpoznania jednego z wyżej wymienionych cierpień.

Ale sprawa ta posiada jeszcze inną stronę praktyczną. Biorę przykład z życia. Chodzi o 40-letniego buchaltera, znanego przypadkiem i kol. przewodniczącemu (Dr Zieminskiemu), narzekającego od pewnego czasu na bóle głowy, zmęczenie ogólne, zniechęcenie do pracy, zaniedbywanie swoich służbowych obowiązków itp. Słowem, skargi chorego są tego rodzaju, że nasuwa się mimowoli potrzeba rozpoznania różniczkowego między neurastenią i bezwładem postępowym. Przy badaniu przedmiotowem oprócz niektórych drugorzędnych oznak zewnętrznych zwyrodnienia (nieforemne ucho i t. p.) znajduję wybitną N. Ź. Oczywiście, że rozpoznanie bezwładu postępowego wysuwa się na pierwszy plan. Tymczasem szukając według zwyczaju mego dokładnej przyczyny N. Ź., znajduję pod brodą stąre blizny na szyi wskutek usunięcia gruczołów po stronie zwężonej źrenicy. Mając taką oczywistą przyczynę N. Ź., myśl o bezwładzie postępowym traci odrazu wiele ze swego prawdopodobieństwa. Rozpoznaję neurastenię i po kilkutygodniowym odpoczynku chory wraca do dawnych swych zajęć. Przypadek ten nie jest teoretyczną konstrukcyą lecz, jak już powiedziałem, wzięty jest z życia i mógłbym cały szereg analogicznych przytoczyć. Dowodzi to wszystko, że każdy przypadek N. Ź. należy, ze tak powiem indywidualizować, dokładnie i wszechstronnie rozpatrzeć.

Uchroni to nas niejednokrotnie i od przeoczenia początków niektórych ciężkich cierpień i, co jest nie mniej ważne, od zbyt pohopnych, istotnemu stanowi rzeczy, nie odpowiadających srogich i ponurych rozpoznań.

Skrzydlik *(pterygion)* i jego leczenie lekowe i ręczne.

Podał

KAZIMIERZ NOISZEWSKI,

Doc. Ak. lek.

Skrzydlik jest zmarszczką trójkątną spojówki, której wierzchołek znajduje się na rogówce, a podstawa zlewa się ze spojówką gałkową.

Oprócz podstawy i wierzchołka w skrzydliku jest jeszcze łuk, który przez długi czas nie zrasta się z powierzchnią rogówki; zwykle też udaje się przesunąć zgłębnik pomiędzy łuk skrzydlika i powierzchnię rogówki. Wprawdzie Wecker (Traité compl. d'Ophtalmologie) skrzydlik z łukiem uważa nie za skrzydlik utrzymując, że nie udaje się przesunąć zgłębnik pod łukiem skrzydlika, codzienne jednak doświadczenie pokazuje, że zgłębnik z łatwością przechodzi pod skrzydlikiem, trwającym nawet kilka lat i tylko skrzydlik już zanikły jest całkowicie zrośnięty z powierzchnią rogówki.

Fuchs[1] utrzymuje, że prawdziwy skrzydlik nigdy nie powstaje od góry lub od dołu, bywa zaś zawsze tylko stronowy lub średniowy, jednak Szokalski[2] podaje, że Wazdrop widział skrzydlik poczwórny u dziecka nowonarodzonego, a Cunier usunął ręcznie u osobnika dorosłego skrzydlik poczwórny, który usadowił się na rogówce w postaci maltańskiego krzyża.

Zdaje się, że zarówno powstawanie tłuszczyka *(pinguecula)*

jak i skrzydlika w znacznym stopniu zależy od bezustannego pociągania tych miejsc na obwodzie rogówki, w których znajdują się przyczepy mięśnia stronowego i średniowego gałki ocznej. Dla tego też prawdopodobnie tak rzadko bywa skrzydlik, a nigdy tłuszczyk u góry, lub u dołu rogówki, że ruchy gałek ocznych ku górze i na dół są o wiele rzadsze, mniejszego odbiegu i nasilenia.

Różnie tłumaczono powstawanie skrzydlika: owrzodzeniami brzegowemi rogówki (Arlt[3]), działaniem kurzu na spojówkę gałkową (Schulek[4]), najczęściej jednak skrzydlik powstaje z tłuszczyka (Fuchs[5]).

Jako dowód, że skrzydlik nie może powstawać ze zrostów spojówki gałkowej z brzegowemi owrzodzeniami rogówki podają, że umiejętnie wytworzone zrosty spojówki gałkowej z owrzodzeniami brzegowemi rogówki nie przechodzą nigdy w skrzydlik.

Schöler[6] w r. 1877, a później Kuhnt[7] w r. 1884 podali sposób leczenia ręcznego owrzodzeń brzegowych rogówki, pokrywaniem tych ubytków w rogówce skrawkami spojówki gałkowej połączonymi z nią mostkami.

Otóż przekonano się, że umiejętnie utworzone zrosty spojówki z powierzchnią rogówki zachowują się zupełnie inaczej niż skrzydlik: zrosty te nie mają skłonności do postępowania i rozrastania się; przeciwnie przeszczepiony skrawek kurczy się z biegiem czasu i zmniejsza. Tymczasem skrzydlik zachowuje się jak nowotwór niezłośliwy, i właśnie w tej skłonności do nowotworzenia jest cała różnica pomiędzy zwykłym niepostępującym zrostem spojówki z rogówką, a skrzydlikiem.

Ogólnem jest zdanie, że żadne leki na skrzydlik nie pomagają. Oczywista — usunąć skrzydlik lekami nie można, ale jeżeli chodzi o powstrzymanie rozwoju skrzydlika, to rozwój jego powstrzymuje wodna mieszanka kolargolu (*collargoli* 0·1, *aqu. destill.* 10·0). Zakraplam do worka spojówki co dzień po kilka razy.

Leczenie ręczne rogówki, zajętej przez skrzydlik, polega

na jego usuwaniu: w tym celu w dawniejszych podręcznikach podawano wiele sposobów, najbardziej znany jest sposób Szokalskiego, polegający na podwiązaniu skrzydlika. Żaden jednak z podawanych sposobów nie usuwał skrzydlika doszczętnie i nie zabezpieczał od ponownego powstawania.

Na posiedzeniach Towarzystw lekarskich i w rozmowach poufnych nieraz dawały się słyszeć utyskiwania na skrzydlik, który niekiedy aż 8 razy powracał*). A i tam, gdzie skrzydlik już nie wracał, pozostawiał po sobie mniej lub więcej rozległe zmętnienia rogówki.

Od lat mniej więcej 6-ciu używam bardzo prostego sposobu ręcznego leczenia rogówki zajętej skrzydlikiem, który powracał rogówce prawie zawsze zupełną przezierność i ani w jednym wypadku nie dał ponowy.

Dla ręcznego leczenia rogówki zajętej przez skrzydlik, używam osobnych szczypczyków, których opis podany był w marcowym zeszycie Centralbl. f. pr. Augenh. za r. 1904[8]. Szczypczyki dla skrzydlika zamawiałem u Lüer'a w Paryżu, u Windler'a w Berlinie i u Urlauba w Petersburgu.

Szczególniej wygodne są szczypczyki »triplex« firmy Urlauba w Petersburgu.

Szczypczyki dla usuwania skrzydlika zakończone są łapkami o 3-ch uzębionych brzegach średnim, prawym i lewym. Ząbki na brzegu średnim są największe, na brzegu prawym mniejsze i najmniejsze na brzegu lewym.

Ponawianie się skrzydlika z tej pochodzi przyczyny, że przy odcinaniu (Szokalski, Arlt, Gałęzowski), a nawet przy łyżeczkowaniu ostrą łyżeczką (*Des Champs*) pozostają liczne korzonki w utkaniu rogówki; postanowiłem więc usuwać skrzydlik wraz z jego korzonkami w ten sposób, jak się usuwa chwast z ziemi, t. j. wyrywać skrzydlik z rogówki.

Samo postępowanie przy leczeniu ręcznem rogówki za-

---

*) Na setki operowanych przeze mnie skrzydlików nigdy nawrotów nie spostrzegałem. *W.*

jętej przez skrzydlik, jest takie: ujmuję łuk skrzydlika ząbkami brzegu średniego szczypczyków i powoli odciągam go od rogówki. Już samo to powolne oddzieranie skrzydlika pozwala wyrwać z utkania rogówki część większą jego przyczepu; resztę wyrywam ponownem ujmowaniem pozostałych na rogówce resztek.

Gdy te resztki przyczepu są już tak drobne, że ząbkami średniego brzegu szczypczyków ująć ich nie mogę, staram się ujmować i wyrywać ząbkami brzegu prawego szczypczyków, a gdy i te już nie wystarczają używam naostatku ząbków brzegu lewego. W ten sposób udaje się zwykle powierzchnię rogówki zajętą skrzydlikiem jaknajdokładniej oczyścić z najdrobniejszych nawet resztek skrzydlika i wszystkich jego korzonków. Wprawdzie nieraz przytem wraz z przyczepem i jego korzonkami ustępują i zwyrodniałe wysepki przybłonka rogówki i po usunięciu skrzydlika na miejscu jego na rogówce pozostają lekkie zagłębienia; ale obawiać się tego wcale nie należy, bo zdrowy prawidłowy przybłonek nie da się w ten sposób usunąć, a ubytki w rogówce szybko się wypełniają, powracając rogówce prawidłową przezierność i krzywiznę. Odrywanie skrzydlika, jak każdy osobiście może się o tem przekonać, jest daleko mniejszym urazem dla utkania rogówki, niż skrobanie jej powierzchni, zajętej przez przyczep skrzydlika po jego odcinaniu nożykiem lub ostrą łyżeczką. Pomijając już bowiem, że ani nożyk, ani ostra łyżeczka, nie mogą z utkania rogówki usunąć zagłębionych w niej korzonków skrzydlika, skrobanie takie niszczy nie tylko zwyrodniały, ale zdrowy jej przybłonek.

Po jak najdokładniejszem oczyszczeniu rogówki, zajętej przez skrzydlik, co prawie bez wyjątku w każdym wypadku udaje się, odcinam skrzydlik nożyczkami w odległości 1 lub 2 mm od brzegu rogówki, zalewam obficie wodną mieszanką kolargolu i nakładam kolargolowy opatrunek. Gojenie odbywa się szybko i bez powikłań.

———

Piśmiennictwo.

1. Fuchs. Lehrb. d. Augenh., 10 Aufl. 1905, str. 131.
2. Szokalski. Wykład chorób przyrządu wzrokowego u człowieka. T. I. str. 265.
3. Arlt. Die Krankheiten des Auges. Prag 1850.
4. Schulek. Ungarische Beiträge zur Augenheilk. 1 Bd. 1895. S. 59.
5. Fuchs. l. c.
6. Scholer. Berl. klin. Wochenschr. nr. 46. 1877.
7. Kuhnt. Bericht über XVII. Vers. d. Ophthalm. Ges. zu Heidelberg. 1885. S. 219.
8. Noiszewski. Eine Pincette zur Entfernung des Pterygion. Centbl. f. p. Augenh. Märzheft 1904.

Wypadek jaskry przy półpaścu ocznym *(glaucoma et herpes zoster).*

Podał
KAZIMIERZ NOISZEWSKI,
Doc. Ak. lek.

Dn. 9. IV. 1909. przybyła do lecznicy ocznej w Pohulance p. J. Z., lat 54, z Wilna, skarżąc się na silne bóle oka prawego i prawej połowy twarzy.

Skóra powiek oka prawego i części przyległych czoła i nosa nieco obrzękła i znacznie ciemniej zabarwiona, zupełnie znieczulona, a jednak bardzo bolesna.

Chora uskarża się na nieznośne swędzenie w obrębie znieczulenia. I rzeczywiście badanie trychoestezyometrem wykazuje trychohyperestezyę t. zw. znieczulenie włosowe i gruczołowe w obrębie znieczulenia na dotyk, ciepło i chłód. Rogówka lekko zmętniona i nie wrażliwa na dotyk; naokoło rogówki nastrzyknięcie naczyń krwionośnych. Źrenica rozszerzona i na światło niewrażliwa. Ciśnienie w gałce powiększone T+2.

Badanie głębszych ośrodków przeziernych niemożliwe ze względu na mętną rogówkę.

Wzrok ok. pr. liczy palce na odległości $^1/_2$ metra.

Ok. l. V = 2 mm t. j. według Snellena $^6/_{12}$.

Wywiad: chora w grudniu 1908 r. przebywała grypę,

po przebyciu której wystąpiły silne bóle głowy i twarzy prawej strony, podczas których dn. 7. I. 1909. zauważono liczne drobne pęcherzyki na czole, powiekach, twarzy i nosie, nie przechodzące po za linię średniową twarzy.

Chorą leczono maściami, od których pęcherzyki i ranki powstałe z tych pęchęrzyków ustąpiły, bóle jednak pozostały bez zmiany, a wzrok coraz bardziej upadał.

Zmiany chorobowe gałki ocznej przy półpaścu ocznym (*herpes zoster*) są zjawiskiem dosyć częstem, najczęściej zajętą bywa rogówka i powstają tu pęcherzyki takie jak na skórze, pęcherzyki te pękają, pozostawiając owrzodzenia i nacieczenia. Znacznie rzadziej bywa zapalenie tęczówki.

Prof. Machek[1] przy półpaścu znajdował na tęczówce pęcherzyki podobne do tych na skórze.

Często spostrzegano przy półpaścu zapalenie n. wzrokowego i jego zanik, jeden taki wypadek opisał Dr Strzemiński[2].

Zauważono, że zmiany chorobowe na gałce występują wtedy, gdy wysypka zajmuje przylegającą do gałki część nosa.

Rzadko bardzo przy półpaścu ocznym występuje jaskra.

Pechdo[3] opisał wypadek jaskry w 6 lat po przebytym półpaścu ocznym; wzmiankę o tym znajduję w pracy Strzemińskiego[4] o półpaścu, którą słusznie można uważać jako krótką monografię tego cierpienia.

Nigdzie więcej nie udało się mi znaleźć nawet wzmianki o jaskrze przy półpaścu ocznym. Przeciwnie, większość autorów zaznacza zmniejszenie ciśnienia w gałce (*hypotonia*) i uważa je jako znamienne dla półpaśca ocznego.

Dn. 14. IV. 1909. dokonałem w oku zajętem jaskrą wycięcie tęczy ku górze. Przebieg po tym rękoczynie był najzupełniej prawidłowy. Bóle wnet ustąpiły, ale uporczywe swędzenie i znieczulenie trwało przez czas dłuższy.

Bardzo skuteczną na swędzenie i znieczulenie była galwanizacya; chora jednak wcześniej wystąpiła z zakładu niż ustąpiło swędzenie i znieczulenie.

Na początku maja 1910 r. widziałem chorą znowu:

wszystkie objawy chorobowe ustąpiły, a wzrok w oku z wyciętą tęczówką tak bardzo się poprawił, że chora wcale dobrze tem okiem czyta zwykły druk.

Na zakończenie należy dodać, że nie wszyscy się godzą, że *herpes zoster ophthalmicus* zależy od zmian chorobowych w nerwie odtwarzowym (*trigemines*). Tak np. według Ch. Abadie powstaje on na tle zmian chorobowych w nerwach naczyniowych przebiegających w nerwie odtwarzowym i oplatających ścianki *a. supraorbitalis*, *a. frontalis* i *a. nasalis*.

Piśmiennictwo.

1. Machek. Arch. f. Augenheilk. I. 1895.
2. Strzemiński. Kronika lek. Z. 18. r. 1897.
3. Pechdo. Recueil d'Ophtalm. 1880. p. 373.
4. Strzemiński. Cierpienie oka wskutek półpaśca. Postęp okulistyczny listopad 1904 r.
5. Ch. Abadie. Archives d'Ophtalm. 1899 Mai.

II. STRESZCZENIA.

Ophthalmology. R. 1910. Vol. VII. nr 1. (Referent K. W. Majewski).

Powrotne gruźlicze zapalenie naczyniówki. (Recurrent Tubercular Chorioiditis). Koller (Nowy York).

Michel był pierwszym, który zwrócił uwagę na częstość tła gruźliczego w przypadkach schorzeń jagodówki, a w szczególności przewlekłych zmian w naczyniówce. Przyjmuje on gruźliczą etyologię w 40—50% tych przypadków. Po nim Sydney Stephenson i George Carpenter potwierdzili to zapatrywanie swemi spostrzeżeniami i badaniami bakteryologicznemi. Dotąd przypadki *chorioiditis atrophica disseminata*, albo *areolaris*, przypisywaną była powszechnie, o ile nie towarzyszy wysokiej krótkowzroczności, najczęściej kile, mimo braku dostatecznego uzasadnienia. W większości przypadków leczenie swoiste rtęcią i jodem nie odnosi

prawie żadnego skutku. Zdaniem tych autorów nie kiła, ale gruźlica jest w wielu przypadkach właściwą przyczyną tych zmian. Dotąd ogólnie znane i uznane są dwie postacie gruźlicy naczyniówki: tak zw. *tuberculoma chorioideae*, a zatem ograniczony guz gruźliczy i *chorioiditis tuberculosa miliaris*, występująca w przebiegu gruźliczego zapalenia opon mózgowych, ogólnej gruźlicy prosówkowej, lub wreszcie w końcowych okresach rozpadowej gruźlicy płuc. Autor wykazuje, że trzeba przyjąć istnienie jeszcze trzeciej postaci, przedstawiającej obraz wziernikowy, zbliżony do zwykłej *chorioiditis disseminata* i występującej bądź to u osób wybitnie gruźliczych, bądź też u takich, u których w narządach wewnętrznych istnienia zmian gruźliczych wykryć nie można. Zmiany na dnie oka przedstawiają w różnych okresach choroby obraz odmienny, ale ostatecznie prowadzą do powstania białych plam zanikowych z czarną obwódką barwikową i z rozsianymi złogami barwika. Sprawa chorobowa przebiega nie tyle z nawrotami, jak raczej z okresowem pojawianiem się oddzielnych grup świeżych ognisk. Bezwzględnego dowodu, że zmiany te występują na tle gruźliczem, dostarczyć nie można, ale za przypuszczeniem tem przemawia cały szereg okoliczności:

1) Niezmierna częstość gruźliczych zmian w porównaniu ze zmianami patologicznemi innej natury we wszystkich innych narządach ustroju, pozwala przypuszczać, że w oku stosunek ten wypada również na korzyść gruźlicy. Sekcye anatomo-patologiczne wykazują istnienie gruźlicy w 80—90% znalezionych zmian chorobowych.

2) Pewne znamiona w obrazie wziernikowych zmian wspólne ze zmianami niewątpliwie gruźliczemi, jak *tuberculoma chorioideae* i *chorioiditis tuberculosa miliaris*.

3) Wykazanie prątków Kocha w cieczy wodnej, co się powiodło w jednym przypadku Stephensonowi.

4) Dodatni wynik odczynu tuberkulinowego, czy to oftalmoreakcyi, czy próby Pirqueta.

5) Znamienny przebieg sprawy chorobowej, której ogniska zabliźniają się wprawdzie powoli, wytwarzając plamy zanikowe, ale w najbliższem ich otoczeniu, powstają po pewnym czasie świeże zmiany, a więc zachowanie właściwe różnym postaciom gruźlicy skóry i błon śluzowych.

Przypadek mięsaka wyrastającego z tarczy nerwu wzrokowego. (A Case of Sarcoma of the Optic Disk). Murray (Seranton).

Chory, lat 66, utracił stopniowo w ciągu trzech ostatnich lat

wzrok na prawem oku. Gdy się zgłosił do autora, istniało zaledwie poczucie światła. Badanie wziernikiem wykazało guz w postaci kulistej, szaro-perłowej barwy, wychodzący ze środka tarczy nerwu wzrokowego o średnicy równej prawie średnicy tarczy, tak, że tę ostatnią całkowicie zasłaniał. Ze szczegółów oftalmoskopijnego obrazu wywnioskował autor, że guz ten łączył się z tarczą szyjką w rodzaju szypuły. Domyślając się złośliwej przyrody nowotworu, doradzał choremu wyjęcie oka, na co się tenże na razie nie zgodził. Dopiero po dwóch latach zgłosił się powtórnie z objawami jaskry następowej. Tym razem wyłuszczono gałkę, a następne badanie anatomiczne wykazało obecność nowotworu znacznie rozrośniętego, o utkaniu mięsaka złożonego z drobnych komórek wrzecionowatych. Na uwagę zasługuje tu niezwykły punkt wyjścia nowotworu.

Trudności napotykane niekiedy w rozpoznawaniu wytworów chorobowych podsiatkówkowych. (The Difficulty sometimes met with in the Diagnosis of a Subretinal Mass). Randolph (Baltimore).

U 28-letniego chorego, nie okazującego zboczeń w stanie ogólnym, wykazało badanie wziernikiem w lewem oku zmianę w postaci półkulistego guza o średnicy do trzech razy dłuższej od średnicy tarczy, pokrytego uniesioną siatkówką wraz z jej naczyniami, w otoczeniu tego guza nagromadzenie czarnego barwika, tuż zaś powyżej świeża plama w naczyniówce, wyglądająca na takąż samą zmianę w początkowym okresie rozwoju. Wszystko to w niewielkiej odległości od tarczy nerwu wzrokowego w dolno-zewnętrznym kwadrancie. Wielkie trudności sprawiało rozpoznanie przyrody tych zmian na dnie oka. Wykonano próby rozpoznawcze na gruźlicę z wyjątkiem oftalmoreakcyi z powodu obawy pogorszenia. Próby te, zarówno jak badanie stanu ogólnego, dały wynik ujemny. Wywiady i badanie w kierunku kiły, oraz próba Wassermanna wypadły również ujemnie. Zgodnie z zapatrywaniem kilku kolegów okulistów, którzy przypadek ten widzieli, skłonił się autor do przypuszczenia, że jest to *leuco-sarcoma chorioideae*. Dłuższe jednak spostrzeganie nie wykazało żadnych objawów wzrostu, ani powiększania się guza. Z drugiej strony pod wpływem jodu i rtęci nie zaznaczała się żadna dostrzegalna poprawa wzroku. Dopiero wśród wstrzykiwań tuberkuliny dało się zauważyć jakoby nieznaczne kurczenie się guzka, co mimo ujemnego wyniku prób odnośnych, czyni znowu najprawdopodobniejszem rozpoznanie gruźlicy. Chory pozostaje dotąd w leczeniu, obserwacya zatem jeszcze nie ukończona.

Wrodzone przemieszczenie gruczołu łzowego. (Congenital Dislocation of the Lacrymal Gland). L. Jones (Rochester).

Autor opisuje przypadek u 10-letniej dziewczynki wrodzonego zwichnięcia, a raczej przemieszczenia gruczołu łzowego pod spojówkę gałki. Gruczoł tworzył wyniosłość, przesuwalną ponad ścięgnem mięśnia prostego zewnętrznego 15 mm $\times$ 10 mm i dawał się bez wielkiego trudu palcami odprowadzić aż prawie do prawidłowego położenia. Matka chorej nie zgodziła się na zabieg operacyjny. Autor przytacza podobne spostrzeżenia z literatury, z których wynika, że urazowe zwichnięcie gruczołu łzowego, jakkolwiek również rzadkie, spotyka się jednak stosunkowo częściej, niż wrodzone przemieszczenie tegoż.

Obrzęk oczodołowy z następowym trzeszczem wskutek samozatrucia. (Orbital Edema, with Proptosis, Resulting from Autointoxication: a Case). Becker (Sumbury).

Dopiero w ostatnich czasach zwrócono uwagę na rolę, jaką mogą odgrywać różne postacie samozatrucia ustroju w etyologii chorób ocznych. Zwłaszcza chodzi tu o samozatrucie z przewodu pokarmowego wytworami rozkładu niedotrawionej treści jelit, szczególnie produktami rozpadowymi białka, które pojawiają się następnie w zwiększonej ilości w moczu chorego. Według Elschniga najlepszą wskazówką tego rodzaju zaburzeń, bo najłatwiej dającą się wykazać, jest obecność w moczu zwiększonej ilości indykanu. Ze spraw chorobowych w zakresie narządu wzroku, których powstanie autorowie najczęściej odnoszą do przewlekłego zatrucia jelitowego, są nie mniej przewlekłe zapalenia twardówki i jagodówki, zwłaszcza w okolicy granicy rogówko-twardówkowej. Można jednakowoż i inne zaburzenia oczne wprowadzić w związek przyczynowy z tego rodzaju zaburzeniami ogólnemi. I tak Fuchs odnosi do nich pewne przypadki zapalenia tkanki oczodołowej, dla których powstania nie można innej przyczyny wynaleść. Autor w obecnym artykule opisuje spostrzeżenie odnoszące się do 9-letniej dziewczyny cierpiącej od dłuższego czasu na zaburzenia w trawieniu, a równocześnie na objawy astenopii, bóle głowy, zawroty, ćmienie przed oczyma, światłowstręt, łzawienie. W okresie pogorszenia objawów żołądkowo-jelitowych rozwinął się szybko bardzo znaczny trzeszcz lewej gałki ocznej z obrzękiem powiek, bardzo znacznem upośledzeniem ruchomości we wszystkich kierunkach, jednak bez żadnych objawów zapalnych, bez szmerów naczyniowych i bez tętnienia. Na tarczy nerwu wzrokowego wyraźne objawy zastoju. Szczegółowe badanie części sąsiadujących z oczodołem nie wykazało nic, czemby można to wysadzenie gałki ocznej wytłumaczyć. Pod wpły-

wem lodowych okładów, przy równoczesnem leczeniu przewodu pokarmowego, trzeszcz gałki w krótkim czasie ustąpił, a wraz z nim i tarcz zastoinowa. Ruchomość wróciła, pozostało natomiast bardzo znaczne wywinięcie spojówki powieki dolnej, która tworzyła duży, kulisto czerwony guz, o silnie napiętej, lśniącej powierzchni. Dopiero po wycięciu tej obrzękłej i, jak badanie anatomiczne wykazało, przerosłej spojówki, powieka powróciła do prawidłowego położenia i oko odzyskało wygląd normalny. Nie mogąc w inny sposób wytłumaczyć sobie powstania tych zmian na oku, przypuszcza autor obrzęk tkanki oczodołowej, wywołany zatrzymaniem się w niej jakichś trujących wytworów nieprawidłowej fermentacyi w przewodzie pokarmowym. Ścisłych dowodów na poparcie tego przzupuszczenia przytoczyć oczywiście nie może.

O różnych metodach badania zapomocą pryzmatów oraz podanie przyrządu z pryzmatami umieszczonymi na obracalnej tarczy. (On the Different Prism Tests with Presentation of a Series of Prisms arranged on a Circular Disc). Howe (Buffalo).

Autor omawia pokrótce znane sposoby zastosowania pryzmatów do wykrywania i mierzenia zaburzeń równowagi mięśniowej, do mierzenia siły abdukcyi, stopnia konwergencyi etc. Następnie przedstawia model przyrządu według własnych wskazówek sporządzonego, w którym szereg pryzmatów umieścił na obracalnej tarczy, podobnie jak soczewki refrakcyjnego wziernika. Tarcz umieszczona jest na rączce, która opatrzona jest nadto wahadełkiem, pełniącem służbę pionu. Gdy pion ten spada równolegle wzdłuż osi trzonka, znaczy to, że przyrząd trzymany jest należycie, t. j., że kierunek działania optycznego tego pryzmatu, przez który patrzy osoba badana, przebiega ściśle poziomo. Jest to rzecz bardzo ważna zwłaszcza przy pryzmatach silniejszych, gdyż wiadomo, że dają one odchylenie zupełne inne niż to, które odpowiada ich kątowi krawędziowemu, jeżeli trzymane są skośnie.

Studyum krytyczne nad budową niesymetryczną oczu dzikich plemion Formozy. (A Critical Study of the Ocular Asymmetry of the Formosan Savage). Oliver (Filadelfia).

Niektóre okolice Formozy zamieszkują plemiona rasy malajskiej, żyjące w stanie jeszcze prawie zupełnie dzikim i zdaniem najpoważniejszych antropologów przedstawiające najbardziej może pierwotny typ ludzkiego rodzaju z pomiędzy wszystkich dzikich szczepów do tej pory istniejących. Autor zajął się szczegółowem zbadaniem antropologicznych znamion odnoszących się do ga-

łek ocznych i oprawy oczu u tego plemienia i zauważył we wielu szczegółach niesymetryę w osadzeniu gałek ocznych, z których prawa zazwyczaj leży bliżej linii środkowej, niż lewa; natomiast lewe oko osadzone jest nieco wyżej w oczodole i głębiej niż prawe. Szpara powiekowa prawa przeciętnie od 2—3 mm krótsza i nieco niższa od lewej. Co do innych szczegółów odnoszących się do budowy czaszki i kostnych ścian oczodołu odsyłam czytelnika do oryginału.

Spostrzeżenia co do pewnych schorzeń ocznych u murzynów, w porównaniu z przebiegiem tychże u ludzi białych. (Some Impressions of certain Eye Affections of the Negro, as compared with the White Man). Minor (Memfis).

Mając sposobność w swej 25-letniej praktyce okulistycznej w Memfis, w praktyce zarówno prywatnej, jak i szpitalnej, porównywać częstość występywania i właściwości przebiegu różnych chorób narządu wzrokowego u chorych rasy białej i rasy murzyńskiej, doszedł autor do przekonania, że zachodzą tu pod niejednym względem zasadnicze różnice, które budzą zajęcie tak pod względem nosologicznym, jak pod względem antropologicznym. Oto nieniektóre z tych spostrzeżeń:

Wady refrakcyi spotykają się u murzynów mniejwięcej o połowę rzadziej, niż u rasy białej. Wśród wielkiej ilości dzieci szkolnych, badanych w tym kierunku, nie znalazł wsród młodych murzynów ani jednego przypadku myopii i znacznie mniejszą liczbę przypadków hypermetropii, niż pomiędzy dziećmi białemi.

Bystrość wzroku przeciętnie lepsza jest u negrów, niż u białych. Stosunek przypadków upośledzonej bystrości, do przypadków prawidłowej bystrości wyraża się ułamkiem u pierwszych $^1/_{15}$, u ostatnich $^1/_{10}$. Tylko w dwóch przypadkach wśród dorosłych murzynów spotkał się autor z myopią, a w trzech przypadkach z niezbornością, w dodatku wszystko to byli Mulaci. Wyższych stopni hypermetropii u rasy czarnej nie spotykał prawie wcale. Niedomoga mięśni prostych wewnętrznych i zez również należy u niej do rzadkości. Co do chorób ocznych zapalnych niektóre zdarzają się wśród murzynów o wiele częściej niż u białych. Do rzędu tych chorób należą jaglica i jaskra. Inne odznaczają się znów niezwykle łagodnym przebiegiem, łagodniejszym niż u rasy białej. Tu należą śluzoropotok spojówki noworodków, rzeżączka spojówek u dorosłych i różne postacie zapalenia tęczówki.

Sposób wydoskonalenia się w sztuce pisania bez pomocy oczu i przyrząd do tego służący. (A Device and Me-

thod for Developing the Art of Writing without the Use of the Eyes). Rhoads (Filadelfia).

Autor znalazłszy się w położeniu tego rodzaju, że ze względu na pewne zaburzenia wzrokowe i z innych względów czysto ubocznych przez czas dłuższy nie mógł używać swych oczu do pisania, a zmuszony był pisać po kilka godzin dziennie, przygotowując pilną pracę do druku, wpadł na pomysł przyrządu, a raczej urządzenia, które pozwalało mu pisać równo i czytelnie, nie posługując się wcale wzrokiem i leżąc w łóżku w zupełnej ciemności. Przyrząd ten stanowi prostokątna skrzynka płaska, w której z jednego wałka drewnianego na drugi zapomocą korbki przewija się długa wstęga papieru. Poprzeczna deseczka stanowi oparcie dla piszącej ręki, a zarazem prowadzi ją wzdłuż prostolinijnych wierszy. (Mam w przechowaniu podobny przyrząd pomysłu niejakiego Stelmasiewicza. Przyniesiono mi ten przyrząd z prośbą, abym go w odpowiednich przypadkach zalecał chorym na oczy, lub ociemniałym, i w ten sposób o jego wartości się przekonał. Jest to niejako liniuszek, zamiast z czarnych linii na papierze, z metalowych prętów złożony. Pomiędzy tymi prętami prowadzi piszący ołówek, po podłożonym arkuszu papieru. Bez długiego ćwiczenia nabywa się dostatecznej wprawy i pisze się bez pomocy oczu, a tylko przy pomocy tego metalowego liniuszka czytelnie, w równych, regularnych wierszach. Przyrząd tego rodzaju może oddać niezłe usługi nietylko w przypadkach wrodzonej, lub nabytej ślepoty, lecz i tam, gdzie z powodu jakiegoś schorzenia narządu wzroku, zmuszeni jesteśmy na czas dłuższy lub krótszy zabronić choremu wszelkiego wytężania wzroku, a chcemy umożliwić mu na czas choroby ocznej zajęcie się pisaniem, czy to dla rozrywki, czy dla zarobku. Przyp. ref.)*).

Narząd wzroku a okres przekwitania. (Vision and the Menopause). Kiehle (Portland).

Oko jest częścią mózgowia, świadczy o tem jego rozwój embryologiczny tak dobrze, jak i budowa anatomiczna. Z dwunastu par nerwów mózgowych, pięć par zaopatruje gałki oczne, względnie ich części dodatkowe, z tych nerwy wzrokowe, krótkie a grube, których rozprzestrzenieniem są obie siatkówki, stanowią bezsprzecznie wypustki istoty mózgowej. Z tych powodów oko pozostaje z mózgiem w ściślejszym i bliższym związku, niż jakikolwiek inny narząd ustroju i w oku odbijają się najwcześniej i najwyraźniej różne zmiany, zwłaszcza czynnościowe, występujące w ośrodkach mózgowych. Z drugiej strony na centralny układ nerwowy wywiera bardzo często głęboki, a niekorzystny wpływ okres w życiu

*) Pierwotny taki przyrząd wymyślił i zbudować polecił już 20 lat temu ś. p. Dr Wojciechowski z Kalisza! W.

kobiety, kiedy zanika i ustaje czynność narządów rozrodczych. Zawieszenie fizyologicznych czynności i rozlicznych przejawów związanych z życiem płciowem, rzadko kiedy obywa się bez zaburzeń. Napływ krwi i prąd energii nerwowej skierowane dotąd ku narządom rozrodczym, zwraca się teraz w inne strony i powoduje objawy podrażnienia w różnych narządach ustroju. Układ nerwowy, jako najbardziej wrażliwy, najłatwiej ulega wstrząśnieniu, którego skutki objawiają się nieraz przez miesiące i lata. Ten chorobliwy stan ośrodków mózgowych odźwierciedla się w narządzie wzroku w postaci najrozmaitszych zaburzeń czynnościowych, bez podkładu anatomicznego i bez zmian dostrzegalnych. Do tego rodzaju podmiotowych zboczeń jest oko w tym okresie tem skłonniejsze, ponieważ właśnie wtedy, kiedy przypada początek klimakteryum, wchodzi ono w okres prezbyopii.

Objawy oczne towarzyszące zazwyczaj zaburzeniom naczynioruchowym. (Ocular Signs frequently associated with Vasomotor Disturbances). Hansell (Filadelfia).

Autor poświęca główną uwagę pewnej postaci ogólnego zaburzenia naczynioruchowego, które Cohen (1894) określił mianem bezładu naczynioruchowego, *ataxia vasomotoria*. Oto niektóre znamiona tego nieprawidłowego stanu pobudliwości naczyniowej: 1. Mniej lub więcej wybitna dermografia, nieraz przybierająca pozory rzeczywistej pokrzywki. 2. Skłonność nadmierna do rumieńców. 3. Małe naczyniaki skórne i teleangiektazye. 4. Tak zwane »patryotyczne« (!) paznokcie, okazujące częściową sinicę: sinoniebieskie u nasady od strony *matrix*, białe w środku, a czerwone przy wolnym brzegu (a więc patryotyzm francuzki, ref.). 5. Wilgotne i zimne ręce i nogi. 6. *Tachycardia*, czasem *struma*, bóle głowy, nerwowość, *agrypnia* etc.

W tym luźnym zbiorze objawów braknie nieraz jednego lub więcej znamion ogólnych, natomiast dają się stwierdzić pewne zmiany w narządzie wzroku, z których z pewnem prawdopodobieństwem można wnosić o istnieniu ogólnego bezładu naczynioruchowego. Do tych objawów ocznych zalicza autor: 1. Przekrwienie żylne siatkówki i tarczy nerwu wzrokowego; 2. Objaw Stellwaga; 3. Objaw Graefego; 4. Drgania włókienkowe powiek, t. j. mięśnia obrączkowego; 5. Nieprawidłowa pigmentacya skóry powiek; 6. Nierówność źrenic; 7. Zaburzenia równowagi zewnętrznych mięśni ocznych; 8. Osłabienie przemijające lub trwałe zdolności konwergencyjnej; 9. Opadnięcie jednej lub obu powiek górnych, zwykle częściowe i niestałe.

Uwagi kliniczne o 348-miu przypadkach urażowych uszkodzeń oczu. (Clinical Remarks on 348 Cases of Injury to the Eyes). G a y l o r d H a l l (Louiswille).

Od czasu wprowadzenia w wielu państwach prawa o powszechnem ubezpieczeniu robotników od wypadków, lekarze zmuszeni są w każdym przypadku zranienia oka przy pracy badać chorego z niezwykłą dokładnością i zwracać uwagę na szczegóły, które możnaby nieraz pominąć bez najmniejszej szkody dla sprawy samego leczenia, a to ze względu, że prędzej lub później może im wypaść konieczność orzekania o danym przypadku w sprawie wymiaru odszkodowania lub przyznania renty. Stąd potrzeba prowadzenia dokładnych zapisków i szczegółowej historyi choroby, z którychby potem można czerpać dane do orzeczenia lekarskiego. Autor praktykując w przemysłowym okręgu Louisville ma z tego rodzaju przypadkami bardzo wiele do czynienia. Zestawia on w swej pracy 348 spostrzeżeń odnoszących się do różnego rodzaju uszkodzeń oczu przy pracy u robotników fabrycznych. Przeważna część (242 przyp.), byłyto zranienia rogówki, względnie ciała obce w rogówce. Następuje kazuistyka długiego szeregu spostrzeżeń, w których czy to rodzaj uszkodzenia, czy przebieg, czy wynik leczenia zasługiwały pod jakimkolwiek względem, a zwłaszcza ze względu na ocenę sądowo-lekarską — na szczególniejszą uwagę.

III. ROZMAITOŚCI.

Zbytek praktykowany w przytaczaniu źródeł w artykułach oryginalnych słusznie wywołuje reakcyę. Stowarzyszenie prasy lekarskiej niemieckiej oświadczyło się przeciw temu balastowi. Odnośny paragraf uchwał brzmi w tłumaczeniu: »W pracach oryginalnych powinno się zachowywać j a k n a j w i ę k s z ą z w i ę z ł o ś ć. Przedewszystkiem zawsze jeszcze powtarzające się zestawianie odnośnej literatury jest zbytecznem i winno być zaniechanem«.

Przestrzeganie zasad tych polecamy bardzo także naszym szanownym współpracownikom.

W sprawozdaniach rocznych publikacyi wszelkich gałęzi medycyny łatwo znaleźć można źródła, które autora czy czytelnika obchodzić mogą, niepotrzebnem więc jest przepisywanie całych tytułów, gdy zaznaczenie nazwiska autora w związku z treścią zazwyczaj bez ujmy dla zrozumienia rzeczy samej wystarczyć winno. Oczywiście mogą zachodzić potrzeby przytoczenia źródła prac wybitnych, zwłaszcza, gdy prace takie krytycznie rozbieramy i całe ich ustępy przytaczamy. *W.*

XI Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie odbędzie się w lipcu od 18-go do 22-go lipca 1191 r.

Prezesem Kom. gosp. jest prof. Nowak, do którego należy zwracać listy w sprawie zjazdu: ul. św. Jana, l. 20; wiceprezesami: r. dw. prof. Dr Janczewski i prof. Dr Walery Jaworski, skarbnikiem prof. Dr Dobrowolski, jen. sekretarzem prof. Dr Bruner.

Sekcyi utworzono czternaście. Sekcya okulistyczna, będąca 13-tą sekcyą zjazdu, będzie zarazem stanowić:

Pierwszy zjazd Tow. okulistów polskich, jaki miał się odbyć w bież. roku, a dla niedostatecznych zgłoszeń i na życzenie wielu członków towarzystwa musiał był odroczonym.

Ustanowione dla tego zjazdu biuro pozostaje nie zmienionem, a funkcyonuje zarazem jako komitet sekcyjny XI zjazdu lekarzy i przyrodników polskich.

Referaty i komunikaty, o ile były dla zjazdu okulistycznego zgłoszone, a tymczasem w druku jeszcze nie pojawiły się — wejdą w program naszego zjazdu obok innych, które powinny być zgłoszone do 1-go maja 1911 r.

Do tego terminu winni pp. referenci nadesłać krótką treść referatów celem wydrukowania i doręczenia ich członkom zjazdu.

W następnych numerach »Postępu okulistycznego« będziemy w porządku zgłoszeń podawali do wiadomości tytuły odczytów.

Tematy dla referatów stawiamy następujące:

Etyologia i postacie kliniczne zapalenia trachomatycznego, sprawozdawca: Prof. Wicherkiewicz i Dr Rosenhauch.

Porównawcze badanie skuteczności rozmaitych przetworów srebra w chorobach ocznych.

Porównanie znaczenia rozmaitych operacyi mających zapobiedz zapaleniu sympatycznemu.

Krytyka metod operacyjnych opadnięcia górnej powieki.

W Krakowie, w grudniu 1910 r.

Komitet I. zjazdu Towarzystwa okulistów polskich:

Biuro: Klinika okulistyczna w Krakowie.

IV. SPRAWY OSOBOWE.

Habilitował się: Dr Otto Kuffler w Giessen.

Tytuł prof. otrzymał doc. pryw. Dr. Artur Brueckner w Królewcu Pr. W.

V. KRONIKA ŻAŁOBNA.

A. W. Calhoun w Atlancie (Georgia).

Dr Manolescu były prof. okul. w Bukareszcie.